

Útbrot og kláði eftir Asíuferð

– sjúkratilfelli

Guðmundur Dagur Ólafsson¹ læknanemi, Emil L. Sigurðsson^{2,3} læknir, Bryndís Sigurðardóttir⁴ læknir

ÁGRIP

Ein algengasta ástæða þess að fólk leitar til læknis eftir ferðalög til hitabeltislanda eru útbrot. Meðal helstu orsaka þessara útbrotu eru sólbruni og skordýrabít. Hér er lýst sjúkratilfelli þar sem tveir ferðamenn í Asíu fengu útbrot og voru síðar greindir með húðskriðlirfusýkingu (*Cutaneous larva migrans*). Erlendis er húðskriðlirfusýking algeng orsök útbrotu eftir

ferðalög til svæða þar sem lifran er landlæg. Þessi sýking er tiltölulega sjaldgæf hér á landi en mun þó að öllum líkindum verða tíðari á komandi árum með auknum ferðalögum. Greining sjúkdómsins er gerð með sögu og skoðun og fengu viðkomandi einstaklingar meðferð með albendazole og læknuðust alveg.

Inngangur

¹Læknadeild Háskóla Íslands, ²Heilsugæslustöðinni Sólvangi, Hafnarfirði, ³Heimilislæknisfræði Háskóla Íslands, ⁴smitsjúkdómadeild Landspítala.

Talið er að á milli 22-64% ferðalanga sem ferðast til vanþróaðra ríkja veikist á ferðalaginu. Þar af þurfi um 8% einstaklinga að leita sér læknis meðferðar.¹ Oftast er um að ræða niðurgangspestir og útbrot. Í allt að 36% tilvika koma sjúkdómseinkenni ekki fram fyrr en mánuði eftir heimkomu.² Fjölmargir smitsjúkdómar í þróunarlöndum geta herjað á ferðamenn.³

Sjúkratilfelli

24 ára gömul kona kom til heimilislæknis vegna útbrotu á innanverðu hægra læri. Útbrotin voru upphleyp, línuleg og þeim fylgdi mikill kláði, jafnvel sársauki, sem var verstur á nóttinni. Konan var nýkomin úr þriggja vikna ferðalagi um Kambódíu og Tæland og tók fyrst eftir útbrotum á innanverðu lærinu síðustu daga þeirrar ferðar. Hún skrifaði útbrotin fyrst á moskítóbít en þegar heim var komið og um það bil 10 dögum eftir upphaf einkenna fóru útbrotin að aukast og mikill kláði fylgdi. Útbrotin voru í einni röð á lærinu og fóru að verða fleiri og mynduðu eina hlykkjóttu 10 cm lengju (mynd 1). Unnusti konunnar, sem var með í sömu ferð, fékk einnig svipuð útbrot á öxlina en þó með minni kláða og ekki á jafn stóru svæði og hjá henni. Við skoðun fundust ekki fleiri útbrot á konunni og engin önnur einkenni fylgdu nema erfiðleikar með svefn vegna kláðans.

Einkennin bentu til að um húðsýkingu væri að ræða og var þeim vísað til smitsjúkdómalæknis vegna gruns um húðskriðlirfusýki eða *schistosomiasis*.

Konan var greind með *Cutaneous larva migrans* eða húðskriðlirfusýki og var greiningin byggð á hinu dæmigerða útliti sjúkdómsins.



Mynd 1. Útbrot innanvert á læri, línuleg og hlykkjótt. Myndir: Guðmundur Dagur Ólafsson

Ein algengasta ástæða þess að fólk leitar til læknis eftir ferðalög til hitabeltislanda eru útbrot á húð. Samkvæmt franskri rannsókn frá árinu 1995, þar sem 269 sjúklingar leituðu á sjúkrahús vegna húðvandamála eftir ferðalag, voru 53% þeirra að koma frá hitabeltislöndum. Algengasta greiningin var húðskriðlirfusýki en af þessum 269

Fyrirspurnir:
Emil L. Sigurðsson
emilsig@hi.is

Greinin barst
11. maí 2015,
samþykkt til birtingar
12. ágúst 2015.

Höfundar hafa
útfyllt eyðublað um
hagsmunatengsl.

sjúklingum voru 25% greindir með hana.⁴ Húðskriðlirfusýki stafar af undirtegund kengorma (*hookworms*) sem kallast *Ancylostoma braziliense*. Þar sem þessir kengormar eru ekki náttúruleg sníkjudýr í mönnum heldur í hundum og köttum, skríða þeir undir efsta yfirborði húðarinnar en komast ekki dýpra niður. Þetta útskýrir nafngiftina, húðskriðlirfusýki, því að ormarnir geta hreyft sig undir húðinni sem gerir það að verkum að útbrotin aukast eða lengjast.⁵⁻⁷ Þannig veldur lirfan í langflestum tilfellum ekki neinum skaða heldur einungis óþægindum sem geta þó verið ansi hvítleið fyrir sjúklinginn.

Þeir sem eru taldir í mestri hættu á að fá húðskriðlirfusýki eru börn, sundfólk og verkamenn sem búa á svæðum þar sem lirfan er landlæg. Lirfuna er helst að finna í jarðvegi eða í sandi í hitabeltislöndum. Ferðamenn sem ferðast til Afríku, Suðaustur-Asíu og Karabíska hafsins eru líklegastir til að sýkjast af lirfunni en einnig geta þeir sem ferðast til Mið- og Suður-Ameríku sýkst. Flest tilvik greinast þó í Asíu og í Kína er talið að um 190 milljónir manna séu sýktir en lirfan er einnig landlæg í Suðurríkjum Bandaríkjanna og Flórída.⁸

Sjúklingurinn í þessu tilfelli hefur líklega komist í snertingu við lirfuna á strönd annaðhvort í Tælandi eða Kambódíu. Þótt ekki sé vitað um mörg tilfelli húðskriðlirfusýki á Íslandi er mikilvægt að lækna þekki einkenni þessarar sýkingar og hafi það hugfast þegar sjúklingar leita þeirra eftir dvöl í hitabeltislöndum.

Klínísk greining á húðskriðlirfusýki byggist á tveimur þáttum. Í fyrsta lagi á aðaleinkenninu „creeping eruption“ og í öðru lagi sögu um dvöl þar sem sjúkdómurinn er landlægur. Skilgreiningin á „creeping eruption“ eru för í húðinni sem eru línuleg, upphleypt, roðakennd og hreyfanleg (mynd 2). Þetta einkenni finnst þó í fleiri sjúkdómum sem sníkjudýr eða skordýr valda, eins og *migratory myiasis*, maurakláða af völdum *Sarcoptes scabiei* og *larva currens* af völdum *Strongyloides stercoralis* sem getur tekið sér bólfestu í görnum manna. Roði birtist nokkuð fljótlega eftir að lirfan kemst undir húðina en lirfan byrjar ekki að skríða fyrr en nokkrum dögum síðar og það er þá sem kláðinn gerir vart við sig. Algengt er að kláðinn versni á nóttunni og valdi því að sjúklingur eigi erfitt með svefn, líkt og átti sér stað í þessu tilfelli.⁹ Vitað er um tilfelli þar sem kláðinn kom ekki fram fyrr en nokkrum mánuðum eftir útsetningu.¹⁰ Lirfan getur skríðið allt frá nokkrum millimetrum á dag til tveggja sentimetra á dag. Húðskriðlirfusýki á sér oftast stað á neðri útlimum en í breskri rannsókn sem var birt árið 1994 voru 73,4% sjúklinga sem höfðu fengið húðskriðlirfusýki með einkenni á neðri útlimum.¹¹

Algengast er að húðskriðlirfusýki valdi engum skaða heldur aðeins óþægindum líkt og í þessu tilfelli. Þó hefur verið skrifað um nokkur tilfelli þar sem Löffler-heilkenni hefur verið lýst í tengslum við lirfusýkinguna en þessi tilfelli eru algjör undantekning.¹² Löffler-heilkenni er skilgreint sem íferðir í lungum með útlægri eosinófilíu. Aðal mismunagreiningin fyrir húðskriðlirfusýki eru aðrar lirfusýkingar en sú algengasta er *larva currens* sem *strongyloidiasis* veldur. Munurinn á milli þessara sjúkdóma er sá að



Mynd 2. Upphleypt, rauðleit línuleg útbrot 10 dögum eftir upphaf einkenna.

larva currens skríður mun hraðar en húðskriðlirfusýki eða allt frá 1 cm á 5 mínútum til 15 cm á einni klukkustund.

Meðferð við húðskriðlirfusýki er venjulega ivermectin eða albendazole. Í þessu tilfelli fékk sjúklingurinn, ásamt unnasta, þriggja daga 400 mg skammt af albendazole. Hjá flestum sjúklingum hverfur kláðinn fyrst og í þessu tilviki var hann farinn strax eftir að lyfjakúrnum lauk. Húðútbrotin tóku lengri tíma að hverfa en venjulega er talað um að það taki um eina viku.¹³ Auk þess að gefa lyf gegn sníkjudýrum er hægt að gefa andhistamínlyf sem geta hjálpað við kláðann. Sjúklingurinn í þessu sjúkratilfelli losnaði við öll einkenni sín eftir að meðferðinni lauk og telst því hafa losnað við lirfusýkinguna.

Þrátt fyrir að húðskriðlirfusýking sé sjaldnast hættuleg er hún hvítleitt fyrirbæri og getur valdið miklum óþægindum. Því er mikilvægt fyrir lækna og ferðamenn að hafa í huga einfaldar ráðleggingar til þess að minnka hættuna á smiti þegar ferðast er til landa þar sem húðskriðlirfusýki er til staðar. Þar sem lirfuna er að finna í sandi og mold er einfaldasta ráðið að forðast að ganga berfættur utandyra, ekki síst í sandi eða á grasi. Lirfan smitast líka með hundum og köttum og því er einnig vert að hafa í huga að börn geta smitast við leik í sandkössum erlendis.

Heimildir

1. Freedman DO, Weld LH, Kozarsky PE, Fisk T, Robins R, von Sonnenburg F, et al. Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travelers. *N Engl J Med* 2006; 354: 119-30.
2. Hill DR. The burden of illness in international travelers. *N Engl J Med* 2006; 354: 115-7.
3. Kristjánsson J, Guðmundsson S. Vanræktir sjúkdómar þróunarlanda. *Læknablaðið* 2011; 97: 693-7.
4. Caumes E, Carrière J, Guernonprez G, Bricaire F, Danis M, Gentilini M. Dermatoses associated with travel to tropical countries: a prospective study of the diagnosis and management of 269 patients presenting to a tropical disease unit. *Clin Infect Dis* 1995; 20: 542-8.
5. Monsel G, Caumes E. Recent developments in dermatological syndromes in returning travelers. *Curr Opin Infect Dis* 2008; 21: 495-9.
6. Heukelbach J, Feldmeier H. Epidemiological and clinical characteristics of hookworm-related cutaneous larva migrans. *Lancet Infect Dis* 2008; 8: 302-9.
7. Sherman SC, Radford N. Severe infestation of cutaneous larva migrans. *J Emerg Med* 2004; 26: 347-9.
8. Hotez PJ, Brooker S, Bethony JM, Bottazzi ME, Loukas A, Xiao S. Hookworm infection. *N Engl J Med* 2004; 351: 799-807.
9. Jackson A, Heukelbach J, Calheiros CM, Soares Vde L, Harms G, Feldmeier H. A study in a community in Brazil in which cutaneous larva migrans is endemic. *Clin Infect Dis* 2006; 43: e13-8.
10. Archer M. Late presentation of cutaneous larva migrans: a case report. *Cases J* 2009; 2: 7553.
11. Jelinek T, Maiwald H, Nothdurft HD, Löscher T. Cutaneous larva migrans in travelers: synopsis of histories, symptoms, and treatment of 98 patients. *Clin Infect Dis* 1994; 19: 1062-6.
12. Del Giudice P, Desalvador F, Bernard E, Caumes E, Vandenbos F, Marty P, et al. Loeffler's syndrome and cutaneous larva migrans: a rare association. *Br J Dermatol* 2002; 147: 386-8.
13. Hochedez P, Caumes E. Hookworm-related cutaneous larva migrans. *J Travel Med* 2007; 14: 326-33.

ENGLISH SUMMARY

Skin eruption and itching after travel to Asia - a case report

Guðmundur Dagur Olafsson, Emil L. Sigurdsson, Bryndis Sigurdardottir

One of the more common reasons patients seek medical advice after traveling in tropical countries are skin eruptions. Here we describe two cases of individuals who, after traveling to south east Asia, developed a skin eruption later diagnosed as cutaneous larva migrans. This particular

skin condition is common among travelers to countries where the hookworm responsible is endemic. The diagnosis is based on travel history and clinical examination. The patients were treated with albendazole with good results and complete resolution of the symptoms.

Key words: Travelers diseases, hookworm infection, cutaneous larva migrans, creeping eruption.

Correspondence: Emil L. Sigurdsson, emilsig@hi.is